

UPUTSTVO ZA KORIŠĆENJE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA



**Dobrovoljno zdravstveno osiguranje
MEDICA EXELENATA**

Uskoro će za korišćenje osiguranja biti neophodan pristup portalu.
Na vreme obezbedite pristup:
Portal za klijente
Više informacija možete pronaći ovde.

Pažljivo pročitajte uputstvo.

Samo ako dobro razumete svoja pokrića, prava i obaveze i naučite kako se koristi osiguranje moći ćete u potpunosti da uživate u prednostima ovog benefita.

OSNOVNE INFORMACIJE

Teritorija važenja osiguranja

Osiguranje pokriva troškove lečenja na teritoriji Republike Srbije.

Šta pokriva osiguranje?

Osiguranje pokriva razumne, uobičajene troškove medicinski opravdanog tretmana poremećaja zdravlja izazvanog bolešću ili nezgodom u toku perioda osiguranja. Koje usluge će biti pokrivena za Vas i u kojoj meri, zavise od ugovorenog paketa. Detaljan pregled se nalazi u Tabeli pokrića koja je sastavni deo ovog Uputstva.

Šta su razumni i uobičajeni troškovi?

Troškovi lečenja koji nisu veći od cene ugovorenog nivoa usluga za isti ili sličan medicinski tretman u Mreži klinika u trenutku nastanka osiguranog slučaja.

Načelno se primenjuju na korišćenje usluga van Mreže klinika, ali postoji i mali broj usluga koje nismo ugovorili s nekom klinikom iako je u Mreži klinika. Na takve usluge se primenjuju sve odredbe za korišćenje van Mreže klinika, uključujući i razumne i uobičajene troškove.

Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranog lica.

Informaciju o iznosu razumnih i uobičajenih troškova možete dobiti pozivanjem [Medic Call Centra](#).

Kada je za neku uslugu ugovorena participacija, isplatićemo iznos razumnog i uobičajenog troška umanjeno za iznos participacije.

Šta je isključeno iz osiguranja?

Opšta i posebna isključenja iz osiguravajućeg pokrića detaljno su opisana u uslovima osiguranja u prilogu ovog uputstva.

Sva isključenja koja se mogu povezati s konkretnim pokrićem naveli smo Vam u Tabeli pokrića koja je sastavni deo ovog uputstva.

Postoje i druga opšta isključenja koja se odnose na sva pokrića podjednako. Ona su navedena u članu 28. Posebnih uslova za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, a možete ih pročitati i na ovom [linku](#).

Kako se koristi osiguranje?

Za pregled lekara nije potrebno da imate uput, birate ga sami ili uz pomoć Medic Call Centra u odnosu na poremećaj zdravlja koji imate. Za sve druge troškove lečenja mora da postoji pisana preporuka odgovarajućeg lekara.

Osiguranje možete koristiti u [Mreži klinika](#). To su zdravstvene ustanove koja sa nama imaju ugovor o pružanju usluga. U njima ne plaćate zdravstvene usluge, mi ćemo ih za Vas platiti direktno zdravstvenoj ustanovi.

Pre nego što odete na pregled u obavezi ste da pokažete svoju karticu zdravstvenog osiguranja i ličnu kartu.

Osiguranje možete koristiti i van Mreže klinika, pod uslovom da je ta ustanova registrovana za obavljanje zdravstvene delatnosti.

Tada sami plaćate račun, a zatim podnosite zahtev za refundaciju. Detaljno objašnjenje o refundaciji pročitajte [ovde](#).

Pre nego što se odlučite za kliniku van mreže, raspitajte se o cenama.

Važno je da znate da će osiguranje pokriti samo razumne i uobičajene troškove lečenja i tretmana. Razumni i uobičajeni troškovi su oni koje bi osiguranje inače platilo u Mreži.

Za pomoć možete pozvati [Medic Call Centar](#).

Lekove na recept, ako su pokriveni osiguranjem, kupujete u bilo kojoj apoteci u zemlji, plaćate na licu mesta i naknadno refundirate iznos po standardnoj proceduri

Niste u obavezi da svaku uslugu zakazujete putem [Medic Call Centara](#), ali jeste kada želite:

- ✓ da zakažete pregled u državnim ustanovama koje se nalaze u našoj Mreži;
- ✓ da zakažete sistematski pregled;
- ✓ da uradite obaveznu prethodnu autorizaciju;
- ✓ da zakažete usluge za koje je potrebna saglasnost Medic Call Centra (za angažovanje sanitetskog vozila, kućne posete lekara i slično).

Ukoliko se u postupku nadoknade troška utvrde činjenice drugačije od onih kojima je Medic Call Centar raspolagao u trenutku zakazivanja zdravstvene usluge, pa se ispostavi da primljena usluga nije pokrivena osiguranjem, osiguravač zadržava pravo da ne preuzme obavezu plaćanja.

Kada je potrebna prethodna autorizacija tretmana?

Osim u hitnim slučajevima, ove medicinske usluge moraju biti unared odobrene:

- ✓ kada ste obavešteni da će troškovi lečenja iznositi više od 300 €;
- ✓ za planirano bolničko lečenje; ili jednokratnu naknadu umesto bolničkog lečenja
- ✓ za porođaj; ili jednokratnu naknadu umesto porođaja
- ✓ za sve planirane ili zakazane hirurške i druge intervencije; ili jednokratnu naknadu umesto hirurške intervencije
- ✓ za prenatalnu dijagnostiku;
- ✓ za nabavku trajnih medicinsko-tehničkih pomagala;
- ✓ za uklanjanje promena na koži.

Pročitajte [ovde](#) detaljnije.

Ukoliko niste pokrenuli proces autorizacije pre obavljene usluge, refundiraćemo razumne i uobičajene troškove, što je trošak za istu takvu uslugu u najkorišćenijim klinikama u okviru Mreže klinika.

Izuzetak je jednokratna naknada koja može da bude isplaćena isključivo ukoliko je autorizovana unapred, čak i u hitnim slučajevima.

Autorizaciju zatražite najmanje 14 dana pre planiranog termina usluge. Dobićete je od osiguravača u pisanoj formi. Uobičajeno telefonsko zakazivanje ili usmena saglasnost Medic Call Centra nisu isto što i autorizacija!

Kako se obračunava učešće osiguranika (participacija)?

Ukoliko je tako ugovoreno, Vi učestvujete u svakom trošku koji je Generali u obavezi da plati. Ugovoreni limiti i osigurane sume se umanjuju za iznos koji je pokrio Generali.

Primere za obračun participacije pročitajte [ovde](#).

Koje su vaše obaveze?

- ✓ Da budete upoznati sa pokrićima koja su za Vas ugovorena i ne primite uslugu na račun osiguranja ako nije ugovorena za Vas. Ako se to desi, klinika će Vas pozvati da naknadno platite račun za nepokrivenu uslugu;
- ✓ Da poznajete ugovorene uslove osiguranja koji su definisani polisom i uslovima osiguranja.
- ✓ Da prestanete s korišćenjem osiguranja onog trenutka kada Vam prestane radni odnos (ili drugi osnov na osnovu kojeg imate osiguranje)
- ✓ Da poštujete sve instrukcije o načinu korišćenja definisane ovim Uputstvom, predugovornim obaveštenjem i uslovima osiguranja.

[Za koje usluge moram unapred da dobijem pisanu autorizaciju?](#)

[Kako da refundiram troškove?](#)

[Šta je potrebno za refundaciju?](#)

[Šta je medicinska opravdanost tretmana \(indikacija\)?](#)

[Šta je prethodno zdravstveno stanje i kako utiče na osiguranje?](#)

[Koja medicinsko tehnička pomagala su pokrivena osiguranjem?](#)

[Primeri za obračun participacije](#)

[Koje su moje dodatne pogodnosti?](#)

TABELA UGOVORENIH POKRIĆA

Pokrića	Pokriveno polisom	Učešće	Limit
Vanbolničko lečenje	Da	Bez učešća	Do 10,000.00 EUR
Bolničko lečenje	Da	Bez učešća	
Hirurške intervencije	Da	Bez učešća	
Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčeta	Da	Bez učešća	Do 2,500.00 EUR
Lekovi	Da	Bez učešća	Do 300.00 EUR
Optika	Da	Bez učešća	Do 200.00 EUR
Stomatologija	Da	20%	Do 250.00 EUR
Sistematski pregled	Da	Bez učešća	Ugovoreni paket
DNK kancer skrining	Ne		

[Šta je sve pokriveno osiguranjem?](#)

[Kada je usluga medicinski opravdana?](#)

[U čemu je razlika između vanbolničkog i bolničkog lečenja?](#)

[Da li osim isključenja navedenih u ovom Uputstvu postoje još neka?](#)

[Šta je online konsultacija?](#)

[Kako se stiče i prestaje svojstvo osiguranika?](#)

[Šta je jednokratna naknada?](#)

**TABELA POKRIĆA I LIMITA
VANBOLNIČKO LEČENJE**

Naziv	Posebne napomene	Limit	Učešće
Pregled ovlašćenog lekara	Pregled lekara opšte prakse ili specijaliste na osnovu trenutnih tegoba (pregled, kontrolni pregled ili konsultacija, uključujući i onlajn konsultaciju). Pregledi neuropsihijatra, psihijatra, psihologa, defektologa i drugih lekara iz domena mentalnog zdravlja pokriveni su isključivo u okviru pokrića „Usluge u vezi sa mentalnim zdravljem“ ukoliko je ovo potpokriće ugovoreno polisom.	Do limita pokrića	Bez učešća
Laboratorijske usluge	Indikovane laboratorijske analize od strane lekara na osnovu adekvatne dijagnoze (svaka analiza mora biti u skladu sa dijagnozom na izveštaju ili opravdana tegobama navedenim u izveštaju). Laboratorijske analize koje se rade u cilju ispitivanja reproduktivnog zdravlja se sprovode u okviru posebnog limita, ukoliko je ovo potpokriće ugovoreno polisom.	Do limita pokrića	Bez učešća
Dijagnostičke procedure	Indikovane standardne dijagnostičke procedure i napredna dijagnostika. Napredna dijagnostika: magnetna rezonanca (MR), skener (CT), endoskopske procedure (gastroskopiya, kolonoskopiya...) ultrazvuk sa kontrastom i PET.	Do limita pokrića	Bez učešća
Sanitetski prevoz	Medic Call Centar mora da odobri uslugu sanitetskog prevoza.	Do limita pokrića	Bez učešća
Terapijski tretmani (bez troška leka)	- davanje terapije lekovima, injekcijama, inhalacijom i infuzijom, (Sam lek u okviru terapije je pokriven samo ako je ugovoreno i pokriće „Lekovi“) - okulomotorne vežbe, - okupaciona terapija, - druge defektološke terapije.	Do limita pokrića (Isključenje: ortokin, PRP i srodne terapije, hiperbarična komora i MTT terapija tinitusa)	Bez učešća
Fizikalna i kinezi terapija i terapija poremećaja govora	Sprovodi isključivo kvalifikovani terapeut, odnosno logoped ili defektolog u registrovanoj zdravstvenoj ustanovi. Za fizikalnu terapiju neophodan uput ortopeda ili fizijatra. Za logopeda nije potreban uput kod poremećaja govora. U kućnim uslovima isključivo kada je osiguranik nepokretan usled preloma donjih ekstremiteta, povrede kičme ili cerebrovaskularnog infarkta. Isključene su sve vrste masaža koje lekar nije propisao u sklopu fizikalne terapije (npr. relaksacione i masaže u estetske svrhe), terapija vežbanjem (izuzev kineziterapije i okulomotornih vežbi), rehabilitaciona terapija koja traje duže od mesec dana i ambijentalna terapija.	Do 250.00 EUR	Bez učešća
Hitan stomatološki tretman usled nezgode	Lečenje isključivo povrede zdravih zuba i vilice nastale usled nesrećnog slučaja, uključujući intervencije oralnog hirurga, anesteziju kako bi se zaustavilo krvarenje, smanjili bolovi, odstranili povređeni zubi ili sanirao prelom viličnih kostiju. Podrazumeva samo prvi odlazak kod stomatologa radi pružanja prve pomoći. Isključeno je svako dalje lečenje, restaurativni tretmani, uključujući mere definitivnog stomatološkog lečenja kao što su veštački zubi, metalokeramičke krunice, zubni implantati i slično. Nesrećnim slučajem se ne smatraju povrede nastale žvakanjem hrane. Nisu pokriveni troškovi popravke pokvarenog zuba, pucanje pokvarenog zuba usled nezgode ili zdravog usled žvakanja hrane.	Do 500.00 EUR	Bez učešća
Patronažna nega	Odmah nakon bolničkog tretmana ili lečenja koji su bili pokriveni osiguranjem, ako je osiguranik privremeno ili trajno nepokretan	Do 500.00 EUR	Bez učešća
Usluge u vezi sa mentalnim zdravljem	Podrazumeva psihoterapiju, konsultacije s psihijatrom, neuropsihijatrom, psihologom, defektologom ili, po potrebi, s lekarom druge specijalnosti	Do 300.00 EUR	Bez učešća
Alternativna i komplementarna medicina	Isključivo za metode koje su odobrene zakonskom regulativom. Moraju se sprovoditi u registrovanoj zdravstvenoj ustanovi i mora ih sprovoditi lekar.	Do 150.00 EUR	Bez učešća
Medicinsko-tehnička pomagala	Protetička sredstva, ortotička sredstva, posebne vrste pomagala i sanitarne sprave, očna pomagala, slušna pomagala i ostala pomagala (isključivo ona koja su navedena Uslovima, pogledajte na linku). Moraju biti indikovana od strane lekara, ali se plaćaju, pa se za ovu vrstu usluge šalje zahtev za refundaciju. Kupuju se isključivo u ustanovama specijalizovanim za prodaju medicinsko-tehničkih pomagala, apotekama, zdravstvenim ustanovama. Pokriće ne uključuje dioptrijska stakla i sočiva	Do 300.00 EUR	Bez učešća
Ispitivanja reproduktivnog zdravlja	Pregledi, procedure, intervencije koje se sprovode u cilju ispitivanja steriliteta, uzroka spontanih pobačaja i pripreme za ostvarivanje trudnoće (nije pokriveno lečenje steriliteta, vantelesna oplodnja i priprema za nju)	Do 250.00 EUR	Bez učešća

Primarne ambulantne intervencije	Primarna obrada rane, previjanje i ušivanje, primarna obrada opekotine, skidanje šavova sa previjanjem, vađenje krpelja i drugih stranih tela iz kože, uha, nosa i grla, gipsarenje, fiksacija i imobilizacija zglobova, ispiranje uha i nosa, aspiracija sekreta iz nosa, vaginalno ispiranje, tamponada nosa, postavljanje štrajfne sa lekom, incizija apscesa, terapijska punkcija zglobova i vezivnog tkiva, ortopedska repozicija luksacija i preloma bez anestezije). Ostale hirurške intervencije i usluge povezane su njima su isključene, odnosno pokrivaju se iz pokriva Hirurške i druge intervencije, ako je ugovoreno.	Do limita za vanbolničko lečenje	Bez učešća
----------------------------------	---	----------------------------------	------------

Napomene:

Alternativna i komplementarna medicina*	Pokriće obuhvata: I. Metodi prevencije, dijagnostičke procene, lečenja i rehabilitacije: Akupunktura, Metode stimulacije akupunkturnih mikrosistema; Kvantna medicina; Homeopatija; Tradicionalna kineska medicina; Ajurveda - tradicionalna indijska medicina; Hiropraksa; Osteopatija; II. Metodi očuvanja i unapređenja zdravlja: Aromaterapija, Reiki, Antropozofska medicina; Či gong (deo jin), Joga, Taj Či Čuan vežbe u medicinske svrhe.		
Primarne ambulantne intervencije**	Pokriće obuhvata: primarnu obradu rane, previjanje i ušivanje, primarna obrada opekotine, skidanje šavova sa previjanjem, vađenje krpelja i drugih stranih tela iz kože, uha, nosa i grla, gipsarenje, fiksacija i imobilizacija zglobova, ispiranje uha i nosa, aspiracija sekreta iz nosa, vaginalno ispiranje, tamponada nosa, postavljanje štrajfne sa lekom, incizija apscesa, terapijska punkcija zglobova i vezivnog tkiva, ortopedska repozicija luksacija i preloma bez anestezije.		

Prethodna zdravstvena stanja su pokrivena uz isključenje bolesti iz [člana 6.7 Posebnih uslova](#).

Više detalja o prethodnom zdravstvenom stanju na [linku](#)

Kućne posete su pokrivena isključivo ukoliko su neophodne iz zdravstvenih razloga i ukoliko ih odobri [Medic Call Centar](#).

Iz osiguranja su isključene:

- Ortopedske cipele, ortopedski ulošci ili druga pomagala za deformisana, slaba, prenapregnuta, nestabilna spuštена stopala, tarzalgiju ili metatarzalgiju;
- Svi troškovi nastali u banjskim uslovima izuzev pregleda, dijagnostičkih procedura i terapija
- Primenjuju se i sva druga isključenja iz člana 6.7 i 28. Uslova koja možete pročitati [ovde](#)

BOLNIČKO LEČENJE

Naziv	Napomena	Limit	Učešće
Bolničko lečenje (bez hirurških intervencija)*	• smeštaj, • medicinski dozvoljena ishrana, • pregledi ovlašćenih lekara • honorari medicinskog osoblja, • laboratorijske i dijagnostičke procedure, • terapija, • lekovi i sanitetski materijal, krv i krvni produkti, • medicinsko - tehnička pomagala, • tretman pružen u odeljenju za hitne intervencije, • prisustvo roditeljske pratnje za decu do 18 godina	Do limita pokriva (isključenje jednokrevetni apartman na lični zahtev)	Bez učešća
Hemioterapija i radioterapija		Do 2000.00 EUR	Bez učešća
Hitan stomatološki tretman usled nezgode	Lečenje isključivo povrede zdravih zuba i vilice nastale usled nesrećnog slučaja, uključujući intervencije oralnog hirurga, anesteziju kako bi se zaustavilo krvarenje, smanjili bolovi, odstranili povređeni zubi ili sanirao prelom viličnih kostiju. Podrazumeva samo prvi odlazak kod stomatologa radi pružanja prve pomoći. Isključeno je svako dalje lečenje, restaurativni tretmani, uključujući mere definitivnog stomatološkog lečenja kao što su veštački zubi, metalokeramičke krunice, zubni implantati i slično. Nesrećnim slučajem se ne smatraju povrede nastale žvakanjem hrane. Nisu pokriveni troškovi popravke pokvarenog zuba, pucanje pokvarenog zuba usled nezgode ili zdravog usled žvakanja hrane.	Do 500.00 EUR	Bez učešća
Jednokratna naknada umesto pokriva troškova lečenja u bolnici Napomena jednokratna naknada: Jednokratna naknada može da se iskoristi isključivo ukoliko je zahtev osiguravaču upućen pre izvršenja usluge. Shodno tome, ne može biti primenjena u hitnim slučajevima.	Jednokratna naknada se isplaćuje osiguraniku samo ukoliko je usluga pokrivena osiguranjem i ukoliko se osiguranik umesto pokriva troškova lečenja u bolnici, opredelio za opciju isplate jednokratne naknade i započeo proces autorizacije. U slučajevima kada osiguranik nije pokrenuo proces autorizacije pre odlaska u bolnicu, nema pravo na isplatu jednokratne naknade. Više detalja u posebnom uputstvu na sledećem linku .	45 EUR po danu provedenom u bolnici, a najviše 10 dana u toku godine osiguranja	Bez učešća

Napomene:

Bolničko lečenje (bez hirurških intervencija) *	Pokriće obuhvata: smeštaj; medicinski dozvoljenu ishranu; preglede ovlašćenih lekara; honorari medicinskog osoblja; laboratorijske i dijagnostičke procedure; terapije, lekove i sanitetski materijal, krv i krvni produkti; medicinsko-tehnička pomagala; tretman pružen u odeljenju za hitne intervencije; prisustvo roditeljske pratnje za decu do 18 godina.		
---	---	--	--

Prethodna zdravstvena stanja su isključena.

Više detalja o prethodnom zdravstvenom stanju na [linku](#)

Bolničkim lečenjem se u smislu ovih uslova ne smatra smeštaj osiguranika u ustanovama stacionarnog tipa kao što su: ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti, duševne bolnice, stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju, hidroklinike, sanatorijumi, domovi za negu bolesnika, domovi za stara lica, lečilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.

Primenjuju se i sva druga isključenja iz člana 6.7 i 28. Uslova koja možete pročitati [ovde](#)

HIRURŠKE I DRUGE INTERVENCIJE			
Naziv	Napomena	Limit	Učešće
Hirurške i druge intervencije	Troškovi hirurške i druge intervencije (uključujući krv i komponente krvi namenjene transfuziji, medicinsko-tehnička pomagala i implantate potrebne za izvršenje intervencije, lekove, sanitetski i medicinski potrošni materijal korišćen tokom intervencije).	Do 5000.00 EUR	Bez učešća
Implantati za izvršenje intervencije		Do 1500.00 EUR	Bez učešća
Jednokratna naknada umesto pokriva troškova lečenja za hirurške intervencije*	Jednokratna naknada se isplaćuje osiguraniku samo ukoliko je • intervencija pokrivena osiguranjem i jednokratna naknada unapred autorizovana • ukoliko je ukupna cena intervencije u okviru limita za hirurške intervencije. Ukoliko se osiguranik opredeli za jednokratnu naknadu, nisu pokriveni ni preoperativna priprema i postoperativna nega za tu operaciju. U slučajevima kada osiguranik nije pokrenuo proces autorizacije pre obavljene hirurške intervencije, nema pravo na isplatu jednokratne naknade. Više detalja u posebnom uputstvu na sledećem linku.	DA	Bez učešća
Napomene:			
Jednokratna naknada umesto pokriva troškova lečenja za hirurške intervencije*	Ugovorena je mogućnost isplate jednokratne naknade za lečenje sprovedeno u zemlji i inostranstvu i to do 65% autorizovanog iznosa u skladu sa Uslovima ukoliko se hirurška intervencija sprovodi u Republici Srbiji ili 100% autorizovanog iznosa ukoliko se hirurška intervencija sprovodi u inostranstvu (autorizovani iznos kao iznos troškova lečenja za pokriva hirurške i druge intervencije koji je odobren od strane osiguravača za lečenje u Republici Srbiji) Jednokratna naknada može da se iskoristi isključivo ukoliko je zahtev osiguravaču upućen pre izvršenja usluge. Shodno tome, ne može biti primenjena u hitnim slučajevima.		

Prethodna zdravstvena stanja su isključena.

Troškovi preoperativne pripreme, intenzivne i postoperativne nege isplaćuju se iz pokriva "Vanbolničko lečenje" ili "Bolničko lečenje" (ukoliko su ugovoreni polisom). Međutim, ukoliko neka hirurška intervencija nije pokrivena osiguranjem, neće biti pokriveni ni troškovi preoperativne pripreme i postoperativne nege, kao ni troškovi lečenja eventualnih komplikacija te intervencije.

Iz pokriva Hirurške i druge intervencije isključene su:

- radikalne keratomije ili bilo koje druge hirurške procedure za korekciju vida (uključujući laserske tretmane);
- hirurški zahvati promene pola;
- hirurški zahvati transplantacije organa i tkiva;
- operacije nosne pregrade za lica starija od 18 godina;
- uklanjanja kondiloma ukoliko uzorak nije poslat na HP analizu ili HPV tipizaciju;
- uklanjanja mladeža, lipoma, ateroma, fibroma, bradavica, kapilara, čeri angioma, keratoza sličnih šaširenih kožnih lezija koje prema mišljenju lekara cenzora ne ugrožavaju zdravlje pacijenta. Pokriva je ograničeno samo na hitne i medicinski indikovane slučajeve kada je promena sklona povređivanju ili se zahteva PH analiza zbog sumnje na malignitet;
- cirkumcizije, ako nije medicinski indikovana;
- ugradnje gastričnog balona

Primenjuju se i sva druga isključenja iz člana 6.7 i 28. Uslova koja možete pročitati [ovde](#).

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRUDNICA I NOVOROĐENČETA			
Naziv	Napomena	Limit	Učešće
Zdravstvena zaštita trudnica*	• pregledi lekara ginekologa, • laboratorijske analize, • CTG, • progesteronska i tokolitička terapija i ostali lekovi za sprečavanje prevremenog porođaja, • biohemijski skrining na hromozomske aberacije, • jedan kompletan rutinski ginekološki pregled do šest meseci nakon porođaja.	Do limita za zdravstvenu zaštitu trudnica i novorođenčeta	Bez učešća
Boravak u bolnici zbog održavanja trudnoće	Potrebna je prethodna autorizacija, odobrava se u slučaju rizične trudnoće kada je neophodna hospitalizacija.	Do limita za zdravstvenu zaštitu trudnica i novorođenčeta	Bez učešća
Prenatalni vitamini	Medicinska sredstva koja predstavljaju kombinaciju vitamina i minerala koji se primenjuju isključivo u trudnoći, a namenjeni su pravilnom razvoju ploda. Ukoliko lekar prepiše pojedinačne minerale i vitamine za opštu upotrebu, biće pokriveni isključivo oni koji su registrovani kao lek, tj. nalaze se u Nacionalnom registru lekova. Obaveza počinje u trenutku kada je lekar konstatovao trudnoću, a završava se danom porođaja.	Do 50.00 EUR	Bez učešća
Ultrazvučni pregledi ploda	Redovni mesečni ultrazvučni pregledi ploda. Može da se uradi bez indikacije lekara.	7 pregleda do 50 EUR po pregledu	Bez učešća
Dodatni ultrazvučni pregledi ploda u rizičnoj trudnoći	Ukoliko je lekar naveo na izveštaju da se radi o rizičnoj trudnoći.	1 pregled do 50 EUR	Bez učešća
Ekspertska ultrazvuk	Može da se uradi bez indikacije lekara u bilo kom trenutku u trudnoći. Preporuka osiguravača je da se uradi između 20. i 24. nedelje trudnoće.	1 pregled do 70 EUR	Bez učešća
Fetalna ehokardiografija		1 pregled	Bez učešća
Dodatna fetalna ehokardiografija u slučaju pokazanih anomalija		1 pregled	Bez učešća

Invazivna i neinvazivna prenatalna dijagnostika	Neinvazivna podrazumeva prenatalni test. Invazivna podrazumeva amniocentezu, kordocentezu, biopsiju horionskih čupica. Potrebna saglasnost Medic Call Centra.	Do limita pokrića (ograničenje: 1 neinvazivna do 500 EUR)	Bez učešća
Jedan kontrolni pregled i povezane laboratorijske i dijagnostičke procedure u slučaju spontanog pobačaja ili prekida trudnoće iz medicinskog razloga		Do 70.00 EUR	Bez učešća
Porodaj	Uključujući preoperativnu pripremu za porodaj, troškove anestezije, apartmanskog smeštaja, prisustvo partnera na porodaju. Carski rez pokriven samo ukoliko je medicinski indikovano. Za porodaj je potrebno pokrenuti proces autorizacije. Savetujemo da zahtev podnesete početkom trećeg trimestra trudnoće.	Do 2000.00 EUR	Bez učešća
Jednokratna naknada umesto pokrića porodaj	Zahtev za jednokratnu naknadu mora biti podnet pre samog porođaja (savetuje se mesec i po do dva meseca pre porođaja) Ne isplaćuje se ukoliko zahtev za jednokratnu naknadu nije dostavljen pre porođaja, čak ni u hitnim slučajevima. Trudnoća mora nastati u okviru osiguranja. Kada se odlučite za jednokratnu naknadu, nisu pokriveni ni ostale usluge iz podlimita "porodaj" kao ni kontrolni pregled nakon porođaja. Pogledajte posebnom uputstvo na sledećem linku .	Do 750 EUR po porođaju	Bez učešća
Zdravstvena zaštita beba u prvom mesecu života	Obuhvata preglede i lečenje zdravstvenih poremećaja novorođenčeta, ali ne i preglede i druge usluge koje se rutinski sprovode u prvom mesecu života. Ovo je jedina usluga koju pokrивamo i za decu koja nisu uključena u osiguranje.	Do 500.00 EUR	Bez učešća
Patronažna nega najduže mesec dana od dana porođaja	Može da se koristi za majku i dete i nije potrebna indikacija.	Do 100.00 EUR	Bez učešća
Napomene:			
Zdravstvena zaštita trudnica *	Pregledi lekara ginekologa; laboratorijske analize; CTG; progesteronska i tokolićka terapija i ostali lekovi za sprečavanje prevremenog porođaja; biohemijski skrining na hromozomske beracije; jedan kompletan rutinski ginekološki pregled do šest meseci nakon porođaja.		

Limiti ovog pokrića se odnose na pojedinačnu trudnoću, a ne na godinu osiguranja. Kada u toku trudnoće istekne polisa i obnovi se sa istim uslovima, u narednoj polisi biće isplaćen preostali limit po prethodnoj polisi.

Ako je u toku trudnoće polisa obnovljena sa različitim pokrićem važi sledeće:

- ako sadašnja polisa pokriva porodaj, a polisa za vreme koje je trudnoća nastala ne – porodaj je pokriven
- ako sadašnja polisa nema porodaj, a polisa za vreme koje je trudnoća nastala ima – porodaj nije pokriven
- svi ostali limiti se računaju po novoj polisi, umanjeno za naknade isplaćene po prethodnoj polisi za istu trudnoću.

Izuzev lekova koji se koriste za progesteronsku i tokolićku terapiju, ostali lekovi u vezi sa trudnoćom pokriveni su isključivo ukoliko je ugovoreno pokriće „Lekovi“.

Iz ovog pokrića se isplaćuju i troškovi lečenja drugih zdravstvenih tegoba koje su posledica trudnoće (recimo pregledi endokrinologa i hematologa), tj. troškovi medicinskih tretmana koji ne bi bili indikovani da osiguranica nije u drugom stanju.

Iz ovog pokrića se isplaćuju i svi troškovi koji su u vezi sa neželjenim ishodom trudnoće, pobačaja, vanmaterične trudnoće.

Svi limiti koji se odnose na novorođenče mogu se koristiti i sa polise drugog roditelja ukoliko je ovo pokriće ugovoreno i ukoliko je trudnoća nastala u toku perioda očevo osiguranja.

Osiguranje ne pokriva trudnoće nastale pre početka perioda osiguranja.

Smatra se da je trudnoća nastala pre početka osiguranja ukoliko je termin porođaja koji je utvrdio izabrani ginekolog u okviru prvih devet meseci osiguranja trudnice.

Iz osiguranja su isključeni časovi za trudnice (pripreme za porođaj) i bolnički smeštaj pratioca tokom hospitalizacije zbog porođaja ili održavanja trudnoće.

Primenjuju se i sva druga isključenja iz člana 6.7 i 28. Uslova koja možete pročitati [ovde](#)

Naziv	Napomena	Limit	Učešće
LEKOVİ	Pokriveni su isključivo oni koji su registrovani kao lek u Nacionalnom registru lekova. Izuzeci koje ćemo pokriti: • probiotik uz antibiotsku terapiju i dok traje terapija, • preparat gvožđa za anemiju (uz lekarski izveštaj da osiguranik negativno reaguje na preparat registrovan kao lek), • preparata za oči (veštačke suze) kod dijagnoze suvog oka (Sjogrenov sindrom) ili konjuktivitisa. Vitaminski preparati koje je prepisao lekar će biti pokriveni isključivo ukoliko su registrovani kao lek. Tradicionalni i homeopatski lekovi isključivo obuhvaćeni pokrićem „Tradicionalna medicina“, ukoliko je ugovoreno u pokriću Vanbolničko lečenje	Do 300.00 EUR	Bez učešća

Možete kupiti lekove u terapijskim dozama najviše za narednih 90 dana.

Lekovi iskorišćeni u toku bolničkog lečenja ne podležu limitu lekova na recept. Oni se koriste iz pokrića Bolničko lečenje.

Nisu pokriveni: dijetetski suplementi, biološki, imunološki, lekovi iz krvi i krvne plazme, lekovi za naprednu terapiju.

Medicinska sredstva (uključujući špricve, igle i zavoje) se ne pokrивaju iz ovog pokrića, već isključivo iz pokrića medicinsko-tehničkih pomagala u okviru Vanbolničkog lečenja, ukoliko su ugovoreni.

Primenjuju se i sva druga isključenja iz člana 28. Uslova koja možete pročitati [ovde](#).

Naziv	Napomena	Limit	Učešće
-------	----------	-------	--------

OPTIKA		Do 200.00 EUR	Bez učešća
Pregled oftalmologa		Do limita za Optiku	Bez učešća
Okviri		Do 75.00 EUR	Bez učešća
Dioptrijska stakla i kontaktna sočiva		Do 125.00 EUR	Bez učešća

Stakla i okvir se mogu kupiti jednom godišnje (do navedenog limita) i to u slučaju da ih prvi put uzimate preko osiguranja ili da ste promenili dioptriju.

Ukoliko se dioptrija promeni u toku osiguravajuće godine u kojoj su već kupljena stakla i okvir, pokrićemo samo stakla.

Ukoliko nemate promenu dioptrije, stižete pravo na novi okvir i na nova stakla svake druge godine osiguranja.

Kontaktna sočiva se mogu uzeti u količini koja odgovara medicinskim potrebama do isteka tekuće polise.

Gubitkom ili oštećenjem pomagala ne stižete pravo na nabavku novih o trošku osiguranja.

Iz osiguranja su isključene naočare za sunce, pribor za naočare, stakla i sočiva bez dioptrije.

Naziv	Napomena	Limit	Učešće
STOMATOLOŠKE USLUGE		Do 250.00 EUR	20%
Preventivni tretman	Rutinski pregledi i stomatološke instrukcije jednom godišnje, tretman fluorom za lica do 18 godina, zalivanje fisura.	Do limita za Stomatološke usluge	20%
Osnovni restaurativni tretman	Obuhvata amalgamske i kompozitne plombe.	Do limita za Stomatološke usluge	20%
Veći restaurativni tretman	Punjenje kanala korena zuba, krunice i mostovi (uključujući troškove laboratorije i anestezije).	Do limita za Stomatološke usluge	20%
Ortodontski tretman	Obuhvata modele za analizu (uključujući rendgenske snimke), otiske, mobilne ortodontske aparate (proteze). Starosna granica do 35 godina.	Do 35 godine	20%
Periodontalno skidanje kamenca	Ugovoreno je jednom godišnje.	Jednom godišnje	20%
Parodontalne hirurške intervencije	Kiretaža džepova.	Do limita za Stomatološke usluge	20%
Oralno-hirurške intervencije	Vađenje zuba (rutinsko, komplikovano i hirurško).	Do limita za Stomatološke usluge	20%

Osiguranje ne pokriva: kozmetičke i estetske tretmane, veštačke zube, keramičke nadoknade na zubnim implantima, zubne implantate, fiksne proteze, višepovršinske plombe, fasete i sve pripadajuće troškove, beljenje zuba, kao i sva ostala stomatološka pomagala (kao što su, npr. folije za bruksizam). Za osiguranike koji se u osiguranje uključe nakon početka polise, limit za stomatologiju se smanjuje proporcionalno vremenu trajanja osiguranja. Primer limita za osiguranika uključenog 90 dana nakon početka na polisu s limitom 250: $250/365 \cdot 90 = 61,65$.

SISTEMATSKI PREGLED
Obavezno zakazivanje sistematskog pregleda pozivanjem Medic Call Centra na broj 011/222-0575
Lista klinika je podložna izmenama u toku perioda osiguranja. Ažurnu listu klinika možete pronaći na linkovima u nastavku ili na našem sajtu: www.general.rs. u sekciji: Pravna lica, Zdravlje i nezgoda, Medica Exelenta, Dodatno pokrivo: Sistematski pregled.

OSNOVNI SISTEMATSKI PAKETI

*Napomena: Klikom na naziv paketa možete pogledati sadržaj paketa i mrežu klinika gde možete obaviti sistematski pregled

Naziv	Napomena	Limit u broju	Limit u iznosu u EUR	Učešće
GOS-3	Možete iskoristiti ukupno onoliko usluga koliko je navedeno u limitu u broju. Primer: ako je ugovoren limit u broju 1, naša obaveza prestaje čim iskoristite prvu od navedenih usluga. Kada ne postoji limit u broju, možete iskoristiti više usluga, a do limita u iznosu. Kada postoje i limit u broju i limit u iznosu, naša obaveza prestaje kada se ispuni prvi od ta dva limita.	1 od ugovorenih sadržaja paketa u toku trajanja polise	Nema limita u iznosu	Bez učešća
GOS-COVID				
Dodatni rutinski pregledi po indikaciji lekara i vakcinacije	Dodatni rutinski pregledi uključuju preglede i analize (uključujući i genetske) u cilju ispitivanja pozitivne porodične anamneze. Vakcine i pregledi pred vakcinaciju nisu pokriveni.	Nema limita u broju	Do 100 EUR (isključenje: vakcine)	Bez učešća

DODATNI SISTEMATSKI PAKETI

Naziv	Ugovorena klinika	Napomena	Limit u broju	Limit u iznosu u EUR	Učešće
GOS-OFT	ZA ORGANIZACIJU PREGLEDA OBRATITE SE HR SLUŽBI	Zakazuje se isključivo na inicijativu poslodavca i izvršava se u grupama	1 u toku trajanja polise osiguranja	20	Bez učešća

DODATNE NAPOMENE	
Način korišćenja ugovorenih pokrića	u Mreži davalaca zdravstvenih usluga i van nje, bez obaveze zakazivanja putem Medic Call Centra. Izuzetno, zakazivanje preko Medic Call Centra uvek je obavezno za sistematske preglede i za pružanje medicinski opravdanih tretmana u kućnim uslovima (kućne posete), bez obzira na ugovoreni način korišćenja.
Dodatna napomena	

PRILOZI UZ UPUTSTVO

[PRILOG 1: Formular prethodne autorizacije medicinskog tretmana](#)

[PRILOG 2: Zahtev za prijavu naknade dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja](#)

[PRILOG 3: Mreža klinika Generali Osiguranja Srbija](#)

[PRILOG 4: Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje](#)

[PRILOG 5: Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje](#)

[PRILOG 6: Obaveštenje o obradi podataka o ličnosti](#)